

特定行為看護師養成は医師の仕事軽減につながるのか？

光岡 正浩¹

【国からの特定行為研修の推奨】

2019年4月の第119回日本外科学会学術集会で「外科領域における抜本的なタスクシフティング業務実施：特定行為研修のパッケージ化」の説明会が開催された。私はこの学会に参加予定ではなかったが、急遽この説明会に出席せよという命を病院から受け、日帰りで受講した。この時の趣旨は次のようなことであった；①医師の過剰労働に対して規制が厳格化される、②地域による医師遍在問題は深刻である、③特に産婦人科医と外科医の不足は進行している、④2023年までに特定行為研修終了看護師が1万人程度必要と概算され、不可能な数値かもしれないが何とか近づけたい、⑤外科術後・術中麻酔・在宅慢性期の3つのパッケージ化を開始する。この説明会を開催した一番の目的は⑤であり、「医師の働き方改革のためにも是非ともこのパッケージ化に参加して欲しい」ということであった。説明会終了後には国がこのようなディレクションを示したのだから、大学病院はすぐにでも指定研修機関として手を挙げなければならないだろうと誰もが感じた。

【久留米大学病院での取り組み】

病院内で検討した結果、全国私立大学の現状を調べるとその時点で実施しているのが5大学（私大の17%）、実施予定大学が24大学（24%）程度であること、指導体制を確立するためには医師を中心とした多職種チームを編成する必要があること、そのほか病院財政、医療安全、身分や給与体系などの諸問題が挙げられた。また医学部認定看護師教育センター、看護学科との連携をはかるべきではないかとの意見もあった。そこでまずできることから開始することとし、①研修希望者に対して、既に厚労省から認可された指定研修機関での受講を病院が支援する、②数名の職員を指導者講習会に参加させることで当面の方向性を決定した。これまでに当院勤務看護師2名に対してプログラム支援を行った（1名は進行中）。両名ともベテラン看護師で独協医科大学と筑波大学のプログラムに参加した。久留米大学病院はその実習協力施設という役割であるが、コロナ渦のため実習の多くを当院で施行しなければならなかった。

1 久留米大学 医学部 外科学講座

【外科術後管理領域パッケージ】

呼吸管理、循環動態・疼痛・栄養管理、感染管理、ドレーン管理・抜去、CV 抜去、PICC 挿入、創部管理などで構成されている。動脈血採血、ドレーン抜去、PICC 挿入、気切チューブ調整などの実習を行う。これらのことが医師の業務軽減につながるか否かは、研修終了看護師の質・人数・勤務体系が大きく影響するはずである。要は、ハイレベルな技術と知識を持った看護師が何名その部署（大学病院では SICU など）に勤務させられるか、そして彼ら／彼女らを術後管理に専従させることができるかが影響する。日本心臓血管外科学会のアンケート調査では、特定行為看護師を導入していない施設の 83.4% が導入したいと考えている一方で、導入した施設の半数以上はその効果については否定的な意見であった。この事実は重く受け止めなければならない（表 1）。また、タスクシフトすべき業務の多くは事務的業務である。

【術中麻酔管理領域パッケージ】

麻酔に係る術前評価、気道確保、全身麻酔の補助、ライン確保、術中の麻酔・呼吸・循環管理、麻酔の覚醒、術後の呼吸・循環・疼痛管理などがその概要である。これらのことを任せることができる看護師が手術室内にいてくれれば麻酔医の助けになるだろう。しかしながら本邦の麻酔科医師数は診療科比較ではかなり多い方で、その勤務体系をうまく調節して医師のマンパワーを有効利用することが先決であり、若手医師の実務教育も大切である。幾人かの指導的立場の麻酔医に話を聞いてみると次のような意見があった；この制

表 1. 心臓血管外科医の働き方改革；処遇改善のためのアンケートの結果報告

労働時間	60 hr/week 以上；960 hr/year 相当 80 hr/week 以上	75.5 % 28.2 %
時間外呼出に手当なし 時間外手術に手当なし		40.6 % 56.6 %
タスクシフトすべき業務	外来；再診予約、検査オーダーなど 病棟；事務的業務、患者移動、点滴、採血、 剃毛など	
術後管理	ICU で外科医が行う ICU で SICU 専従医が行う HCU などで外科医が行う	81.7 % 25.1 % 14.5 %
本研修制度を知っている 本研修制度を知らない		83.3 % 25.1 %
非導入施設	導入したい	83.4 %
導入施設	効果はわからない 効果はなかった 悪影響だった	46.4 % 9.0 % 1.6 %

（芝崎郁子，ほか．心臓血管外科医の働き方改革．日本心臓血管外科学会誌 2020, 49(1)：1-11. を参考）

度で一番心配なのは医療の質の低下である、自分達の仕事が奪われてしまう心配がある、若手医師の教育のためには各手技はできるだけ医師で行いたい、麻酔医は不足しているのではなく休んでいる医師が多いので、実働していない医師が効率的に従事できる体制を整えるべきである。これらの一部は外科術後管理領域パッケージにもあてはまるかもしれない。

【欧米での経験】

私が米国留学したのは20年以上前のことだが、SICU患者からデータを集めて人工呼吸器からのウィーニングプロトコルの臨床研究を行った。その際に驚いたのは、呼吸療法士がベッドサイドに常駐し、医師・看護師と連携をはかりながら呼吸管理を行っていたことである。日本にはそのような職種はなかった。例えば外科医が朝回診で「ウィーニングプロトコル」を処方すれば、抜管できる状態まで患者を持ってゆき、夕方回診で抜管するわけである。2年余り一緒に働いたが彼らは非常に優秀であった。またヨーロッパではいくつかの病院で肺切除手術に入らせてもらったことがある。そこには麻酔補助士という職種があり、まさに術中麻酔領域パッケージの内容をこなしていた。外科医が手洗いで手術室に入ると、既に患者は側臥位でドレーピングされていた。手術が終了するころには隣室で次の患者の準備ができていたという具合であった。おそらくこのような状況を日本に導入したいのだろうが、教育の質やインセンティブに関してはまだまだほど遠いものがある。参考までに米国のNurse Practitioner、Physician Assistant、日本の特定行為看護師研修制度の比較を表2に示す。

【考察】

もうひとつのパッケージである「在宅・慢性期領域」は、看護師が褥瘡処置や気切孔カニューレ交換、胃瘻カテ交換、輸液などをおこなう行為で有用だと思う。現状の外科領域では、例えば看護師が胸腔ドレーンを抜いてくれても医師の仕事が軽減するとは思えず心配が増すだけである。SICUでは人工呼吸器設定や患者説明などを看護師の権限として増やすことには賛成であるが、かつて採血すら医師の仕事であった小生の研修医時代から変化したように、限られた看護師ではなく多くの看護師を教育してゆかなければタスクシフトには繋がらない。もし欧米のNPやPAを目指すのなら、大学院制度のような高度な教育体制を構築し、研修終了者は専門職として機能させ、インセンティブと資格更新制度を規定するべきだと考える。本邦には、日本NP教育大学協議会が行う「診療看護師」、日本看護協会が行う「特定認定看護師」、そして国（厚労省）が推奨する特定行為看護師研修制度が存在しており、その名称だけでも混乱するのでこれらをもっとシンプルにできないものかと常々思う。本研修に応募する看護師は志が高い者が多いのも確かで、彼ら／彼

表 2. 3つの制度の比較

	N.P. (米国)	P.A. (米国)	特定行為看護師研修
条件	看護師免許	大学卒業	看護師免許取得後 5 年 (3 年)
全体の講習期間	2 年間	2-3 年間	1 年間
基礎医学の講習期間	500 時間；講義形式	1000 時間；講義形式	250 時間（共通科目 6 カ月；e ラーニング中心）
臨床医学の講習期間	500-700 時間；講義 + 実臨床	2000 時間以上；実臨床	例；外科 P 119 時間（区分別科目 6 カ月；e ラーニング + 実習）
免許・テストなど	Board of Registered Nursing が発行	国家試験；PNACE	筆記試験、OSCE など（国家試験はない）
更新制度	5 年ごと、1500 単位 + 実績	100 時間以上 / 2 年受講 + 6 年ごと国家試験；PANRE	なし
待遇	840 万円以上	903 万円以上	未定

(森田啓行, 永井良三. 米国における NP/PA の実態. 日内会誌 2010 99:1349-1355. を参考)

女らの熱意を生かすような制度をもう一度考え直す必要があるのかもしれない。そして特定行為が行える看護師をどのように生かすのが重要な課題である。

【結語】

タイトルに対する答えは、可能性はゼロではないが今のところ no であり、むしろ医療クランクの充実を図ることが先決である。日本で行われている現在の体制は、医療の質を低下させないような高い教育体制が整えられているとは残念ながら言い難い。最後に私見として、特定行為看護師研修は看護部主導ではなく、病院主導でもなく、大学主導であれば大学院制度として教育体制を構築する方が、医療の質を落とさずにタスクシフトにつながり、志の高い人がめざすひとつの選択肢になると考える。